

Ungdoms perspektiv på helse og helsehjelp

”Å ha et liv som du liker”

Mina Dahli Kull H-05

Veileder: Ole Rikard Haavet, Førsteamanuensis ved Det medisinske fakultet, UIO.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	4
INNLEDNING	5
Bakgrunn for oppgaven.....	5
Ungdom og helse.....	5
Ungdomstiden.....	6
Ungdoms erfaring med helsevesenet	7
Helstestasjon for Ungdom (HFU)	9
Problemstilling	9
METODE	10
Kvalitativ metode	10
Datainnsamling og analyse.....	10
Etiske hensyn.....	11
RESULTATER	12
Helse er helhet	12
Helse er funksjonalitet	12
Helseproblem er nedsatt funksjonalitet	13
Helseproblem er mangel på mestring.....	13
Usikkerhet er et helseproblem:.....	13
Det er vanskelig å åpne seg.....	14
Privatliv	14
Psykiske vansker er å være annerledes.....	15
Frykt for å stå alene.....	15
Skam	15
Egen skyld.....	16
Psykiske vansker som ubehag for andre	16
Tillit.....	16

Forventning til fagpersoner:.....	17
Man åpner seg for de man stoler på:.....	17
Andre vil ta tak til slutt:	18
Oppsummering:.....	18
DISKUSJON.....	19
Diskusjon av oppgaven.....	19
Refleksjoner rundt oppgaven.....	20
Kritikk av oppgaven	20
Metodekritikk.....	21
REFERANSER.....	23

SAMMENDRAG

Bakgrunn:

Ungdomstiden er en periode preget av gjennomgående endringsprosesser på mange områder av livet. I ungdomstiden legges vanemønstre for videre helse. Det er interessant å se på hvordan ungdom selv oppfatter helse, helseplager og det å søke hjelp i helsevesenet.

Metode:

Det ble benyttet en kvalitativ metode med semistrukturerte intervju av 5 ungdommer på helsestasjon for ungdom i Moss kommune. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert etter prinsipp om systematisk tekstkondensering.

Resultater:

Ungdommen beskriver helse som en integrasjon av fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Helse måles etter grad av funksjonalitet i hverdagen.

Det ble lagt særlig vekt på psykisk helse og helseplager. Ungdommene forteller om usikkerhet og stigmatisering knyttet til psykiske helse. Viktige barrierer mot å søke hjelp er manglende selvtillit og redsel for å falle utenfor.

Tillit oppfattes som en viktig faktor for å søke helsehjelp. Man har tillit til fagpersoner, men man må likevel bli kjent før man kan snakke om sine problemer.

Diskusjon:

Det var ikke på forhånd gitt at ungdommene ville fokusere på psykisk helse. Årsakene til dette kan være flere. Det kan hende at i en gruppe med god somatisk blir psykiske vansker relativt sett mer fremtredende.

INNLEDNING

”Hvis det i sandhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på at finde ham der hvor han er og begynde der. Det er hemmeligheten i al hjelpekunst”

(Kierkegaard, 1848)

Den danske filosofen og teologen Søren Kierkegaard rører med dette utsagnet ved et viktig poeng i all mellommenneskelig kontakt. Spesielt viktig er dette når kontakten er mellom lege og pasient, der rollene allerede er fordelt og definert. Jeg går ut fra at alle mennesker som henvender seg til helsevesenet ønsker hjelp. Å søke hjelp er resultatet av en prosess som foregår i forkant av dette møtet. En innsikt i denne prosessen er nyttig og viktig. Helsevesenet er avhengig av at enkeltindivider gir seg til kjenne. Denne oppgaven handler om hvordan ungdom forholder seg til å søke hjelp i helsevesenet.

Som Kierkegaard poengterer ligger mye av ansvaret for et vellykket møte hos den som skal yte hjelpen. Ungdom trenger støtte og kunnskap for å kunne gjøre valg som er veloverveide og kunne ta ansvar for egen helse. De erfaringer unge gjør i sine første møter med helsepersonell vil ha betydning for deres nåværende og senere bruk av helsetjenesten (Hagelskjær S, 2004).

Norge er et velstående samfunn og det er generelt god helse i befolkningen. Infeksjonssykdommer og underernæring er ikke lenger noen reell trussel mot god helse. I stedet har man en økning i livsstilssykdommer og psykiske vansker. I så måte blir det viktig å forstå holdninger i forhold til helse og helsehjelp. Det blir viktig å forstå hvordan ungdom ser på helse, hvordan de håndterer psykososiale vansker, vansker som kan utvikle seg til nedsatt trivsel, ufullendt potensiale og manglende evne til å utnytte sine ressurser senere i livet. Forhold som hver for seg og i sammen kan ha betydning for helse (Kelly K.B, 1998).

Bakgrunn for oppgaven

Ungdom og helse

Det er i ungdomstiden vanemønstrene legges for videre helse. Selv om de fleste unge integrerer mye av den helseinformasjonen som voksenverden formidler, er det en del unge som gjør ugunstige valg og derved øker risikoen for helseproblemer. Det er spesielt på

områdene knyttet til kosthold, mosjon, røyking, rusmidler, seksualitet, ulykker og skader som er av særlig betydning for helsen (Statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom, Den Norske Legeforening, 2001).

Ungdomsårene regnes som en tid med god somatisk helse og lavt forbruk av helsetjenester. Ifølge Levekårsundersøkelsen om helse 2005 mener ni av ti spurte i aldersgruppen 16-24 år at de har god eller meget god helse (Kjelvik J og Thonstad M, 2008). I alderen 15-24 går man i gjennomsnitt 1,4 ganger til legen per år. For ungdom mellom 15 og 24 år er psykisk lidelse den diagnosegruppen som forårsaker flest legebesøk – 15 prosent av alle kontaktene med allmennlege var knyttet til en psykisk diagnose. Det er enkelte helseproblemer som rammer ungdom i særlig grad; spiseforstyrrelser, depresjoner, selvmord, ulykker, seksuelt overførbare sykdommer og uønskede graviditeter.

Institutt for allmennmedisin UIO la frem tall fra en omfattende undersøkelse blant 7000 ungdom i alderen 15-16 år i Norge (Aarø L.E et al, 2001). Aarø og medarbeidere vurderte epidemiologien blant ungdom når det kom til psykiske og somatiske plager. Funnene baserte seg på en landsomfattende spørreundersøkelse med totalt 5026 skolebarn i 6, 8 og 10. klasse. De spurte om følgende plager; hodepine, vondt i magen, vondt i ryggen, kjent deg nedfor (trist), vært irriterabel eller i dårlig humør, nervøs, vanskelig for å sove, svimmel, vondt i nakken, lei og utslitt (sliten) og redd. Svaralternativene gikk fra aldri til omtrent hver dag. Totalt var det i 10. klasse 31,8 % av jentene og 19,6% av guttene som rapporterte minst en slik daglig plage. Andel 10. klassinger som rapporterte minst en daglig somatisk plage er 8,2% blant guttene og 19,1 % blant jentene. Andelen på samme klassetrinn som rapporterte en daglig psykisk plage er 15,1 % blant guttene og 21,2 % av jentene. Denne undersøkelsen viser altså at psykiske og kroppslige plager er utbredt blant ungdom. 1/5 gutter og 1/3 jenter i 10 klasse rapporterer om minst en slik daglig plage.

40 % av ungdommene angir helseplager som følge av sorg (Aarø L.E, et al, 2001). Hos noen unge går disse plagene fort over, mens det for mange varer over år. Bare 5 % av unge med sorg og helseplager har søkt hjelp. 15-20 % av unge har rapportert at de har problemer som er så vanskelige at det går utover deres hverdag. Alvorlige belastninger man utsettes for tidlig i livet kan på kort sikt føre til nedsatt trivsel og livskvalitet og en økning i psykiske og psykosomatiske plager. På lengre sikt kan slike belastninger lede inn i en utvikling som øker risikoen for at man utvikler mer alvorlige psykiske helseproblemer.

Ungdomstiden

Jeg velger å definere ungdom som alderen 10-21 år i overensstemmelse med Haavet (2005). Ungdomstiden er preget av gjennomgripende endringer over alle områder av livet. Man går fra barn med sentrum i familien, til selvstendig voksent individ som selv skal være i stand til å gi omsorg til egne barn.

Puberteten er en del av, men ikke dekkende for ungdomstiden. Rent biologisk kan dog puberteten regnes som startpunktet. Denne prosessen er fysisk svært omveltende og initieringen av den er ennå ikke fullt ut forstått (Boron B, Boulpaep E.L, 2008). Fra prepubertale barn med svært små kjønnsforskjeller utvikles man til kjønnsmodne voksne med fullt utviklede sekundære kjønnskarakteristika. For gutter innbefatter dette økt hårvekst, forstørrelse av penis, formørkelse av stemmen og økt muskelmasse. For jenter oppstart av menstruasjonssyklus, brystutvikling, omfordeling av kroppsfett/bredere hofter og økt hårvekst. I tillegg ser man også vekstspurt etterfulgt av total vekststopp, og hudforandringer med utvikling av akne. I klinisk medisin brukes ofte Tanners inndeling av pubertetsutviklingen basert på brystutvikling, hårvekst og utvikling av kjønnsorganer (Boron B, Boulpaep E.L, 2008). Sykdom kan utvikles i form av for tidlig, for sen eller manglende pubertetsutvikling. Dette følges opp i spesialisthelsetjenesten.

Det er ikke bare fysisk endring som preger puberteten. Det skjer en kognitiv så vel som psykososial utvikling. Den kanskje viktigste overhengende problemstilling er – Hvem er jeg? Identitetsutviklingen er en fundamental del av ungdomstiden. Identitet dreier seg om en subjektiv selvforståelse og en følelse av hvem man er (Hegna, 2006).

Den kognitive utviklingen skjer gradvis og trer tydelig frem i forhold til identitetsutviklingen. Essensen er at ungdom utvikler evnen til abstrakt tenkning, og innser at abstrakte fenomener har en forklaring (Kelly K.B, 1998). Dette fører til hypoteser om hvorfor ting er som de er. Man gjennomskuer verden, men ser ikke nødvendigvis begrensningene i egen resonneringsevne. Følelsen av å gjennomskue verden kan gi en usårbarhetsfølelse og en megaloman selvfølelse. Dette kan også slå andre veien, der man føler seg gjennomslått og utsatt. Det blir veldig pinlig å skille seg ut fra mengden, man vil være usynlig og lik alle andre. Kelly beskriver dette som "det tenkte auditoriet". Helsemessig er dette uheldig da ungdom kan fortie og fornekte sykdom i redsel for å være ulik andre. For ungdom med kronisk sykdom kan dette være svært utfordrende .

Den psykososiale utviklingen er også gjennomgripende. Omgivelsenes krav endres. Kelly beskriver i sin bok ulike utviklingspsykologiske "oppgaver" man skal gjennom i ungdomstiden (Kelly K.B, 1998). Man skal innarbeide ren praktisk kunnskap som skal til for å kunne flytte hjemmefra. Det skjer en utvikling i forholdet til familien man vokste opp i, fra avhengighet til uavhengighet. Man utvikler gode relasjoner til andre utenfor familien. Man blir forelsket og går inn i kjæresteforhold. På dette punktet vil man kunne møte store vansker ved en homofil eller lesbisk legning. Det er fortsatt nok stigma i samfunnet til at en slik erkjennelse kan by på en identitetskrise og man blir svært sårbar (Hegna K, 2006). Et annet område handler om en realistisk vurdering av egne ressurser og begrensninger. Denne evnen er avansert og kommer gradvis til mot slutten av ungdomstiden. Tidsaspektet utvikles også og blir etter hvert lenger.

Ungdoms erfaring med helsevesenet

Hva er et behov for helsehjelp? Dette kan deles inn i hva helsevesenet mener er et behov, og hva ungdommen selv opplever som et behov. Helsepersonell ser ofte hjelpebehov i forhold til spesifikke kroppslige eller psykiske symptomer. Forskning viser at foreldre (mødre) oftere vurderer dette i forhold til funksjonsnedsettelse (Cauce A.M, Srebnik D, 2003). Det vil si at en mor som blir bekymret dersom datteren viser tegn på nedstemthet og tristhet, mer sannsynlig vil søke hjelp hvis datteren i tillegg har høyt skolefravær eller fall i karakterer.

Man vet at holdninger rundt å søke helsehjelp, som mottagelighet for hjelp, forventede negative reaksjoner fra andre, selvbevissthet og stigma toleranse alle er linket til hvorvidt ungdom velger å søke helsehjelp ved psykiske vansker (Cauce A.M, Srebnik D, 2003). For mange ungdommer er det å ha et problem forbundet med å innrømme mislykkethet og redsel for fordømmelse.

I en studie i Minnesota ba man 16 åringer identifisere karakteristika for ungdom som unngår å søke psykisk helsehjelp, og så beskrive barrierene mot å søke hjelpen de trengte (Samargia LA, et al, 2006). De fant at 57% av ungdom hadde unnlatt å søke hjelp minst én gang. Det var hovedsakelig to grunner til dette. Det ene var at man tenkte eller håpet av problemet ville gå bort av seg selv (50%) , den andre var at man ikke ville at foreldrene skulle vite om det (36%). Ungdom rapporterer strukturelle barrierer, som vanskelig tilgjengelighet, og ikke strukturelle barrierer som mangel på selvtillit og mangel på tiltro til behandler.

En annen amerikansk studie tok for seg hjelpesøkende adferd hos ungdom med emosjonelle problemer. Over 17000 besvarelser på en skolebasert spørreundersøkelse var grunnlaget for studien (Saunders S.M et al, 1994). De tok for seg de ungdommene som mente de hadde behov for profesjonell hjelp i forhold til de som ikke følte samme behov. Å bestemme seg for å søke profesjonell hjelp var sterkest assosiert med erfart overgrep, fysisk helse, selvmordstanker og å være jente. Å faktisk søke hjelp var assosiert med selvmordstanker, forsøkt uformell hjelp, oppløsning av familien samt helsesjekk foregående år. Denne studien viser altså at ulike faktorer påvirker ungdoms erkjennelse av behov for profesjonell hjelp, og det å faktisk søke profesjonell hjelp.

Ikke all ungdom kommer til helsevesenet på eget initiativ. De kan være sendt dit av venner, lærere eller foreldre. Det kan medføre at ungdommen selv egentlig ikke ønsker å være der, eller at man opplever å være et problem for andre og ikke i en selvopplevd vanskelig situasjon. Det kan være en utfordring for oppbygningen av en tillitsfull allianse (Dyregrov A. et al, 2006).

Det er viktig å merke seg at ungdom som søker hjelp i helsevesenet kan ha skjulte, underliggende vansker når de møter til en konsultasjon. Ungdom som har opplevd ulike negative livshendelser søker oftere hjelp i helsevesenet enn ungdom som ikke har lignende erfaringer (Haavet O.R et al, 2005). Man vet at negative erfaringer som mobbing, fysisk vold og høyt forventningspress er positivt korrelert med økte fysiske og psykiske symptomer og sykdom. Sykdom kan oppstå når en ung persons evne til psykologisk mestring blir overgått av vanskelige situasjoner og erfaringer.

Helstestasjon for Ungdom (HFU)

Ungdomshelsestasjonen er et gratis tilbud på ettermiddags- og kveldstid. Helsetilbudet omfatter rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling som skal være tilpasset ungdommenes behov (Kjelvik J. og Thonstad M, 2008). HFU er en del av den kommunale helsetjenesten og er et gratistilbud til ungdom opp til 20 år.

Målet med helsestasjon for ungdom er å etablere økt helsebevissthet og motivere ungdom til å utvikle en helsemessig gunstig livsstil (Hagelskjær S, 2004).

I Norge er de fleste ungdommer som oppsøker helsestasjonen i aldersgruppen 17-19 år og majoriteten er jenter (Engfeldt L, 2003). Av 111 har 73 HFU en gutteandel som er lavere enn 10 %

Det er noen kjønnsforskjeller i hva som presenteres av helsebehov, men de mest vanlige temaer er sammenfallende for begge kjønn. Det er prevensjon, seksuelt overførbare infeksjoner og seksualitet (Engfeldt L, 2003). Jenter tar fortsatt mye ansvar for prevensjonsbruken, og mange konsultasjoner handler om utskriving av resepter på prevensjonsmidler og prevensjonsveiledning.

Engfeldt fant i sin studie av helsestasjoner i Norge at det var forskjell i hva gutter og jenter presenterer som bakgrunn for besøket (Engfeldt L, 2003). Det er minst vanlig for gutter å ta opp er seksuelle overgrep, spiseforstyrrelser, vold, etnisk bakgrunn, homofili og seksuell identitet. Idrettskader og somatiske problem er vanligst, og i noen grad henvender gutter seg med psykiske vansker som stress, mobbing, selvmordstanker, skoleproblemer, stress og sorg. Foruten samliv og seksualitet som hovedområde hos jentene, ble det i denne undersøkelsen oppgitt at jenter dernest tar opp temaer relatert til psykisk helse med ensomhet, sorg, mistrivsel, stress, selvmord og skoleproblemer.

Problemstilling

Jeg ønsker med denne oppgaven å gjøre en kvalitativ studie av ungdoms tanker om helse. Målet er å beskrive unge menneskers holdninger til helse, helseplager og helsehjelp med utgangspunkt i ungdom som har oppsøkt helsestasjonen.

Hvordan beskriver ungdom som oppsøker helsestasjonen (HFU) helse, håndtering av helseproblemer og det å søke helsehjelp?

METODE

Kvalitativ metode

Siden denne oppgaven handler om å søke kunnskap om ungdoms tanker og erfaringer, har jeg valgt å gjøre en kvalitativ studie med intervju av ungdom.

Den kvalitative metode kan belyse abstrakte elementer som forventninger, erfaringer og holdninger. Studien tar sikte på å belyse tema, gjerne fra flere sider. Motstridende svar er ikke nødvendigvis negativt, tvert i mot kan dette spinne frem nye tankeprosesser, nye spørsmål og beskrivelser.

Datainnsamling og analyse

Initialt ble det tatt kontakt med lege og sendt en skriftlig henvendelse til leder for helsestasjonen i Moss kommune (se vedlegg). Da det er forskjellige leger og helsesøstre som jobber de ulike dagene tok jeg kontakt per telefon og spurte om jeg kunne komme de aktuelle dagene. Leger, helsesøstre og psykolog ved helsestasjonen fikk så en e-post med informasjon om hvem jeg var og hva studien gikk ut på.

Deltakerne ble rekruttert ved Sentrum helsestasjon i Moss. Ved ankomst på helsestasjonen ble det utlevert et informasjonsskriv (se vedlegg) av helsesøster. De var så til konsultasjon hos helsesøster, eventuelt lege. Etter konsultasjonen ble de spurt om de kunne tenke seg å være med på studien. De som sa ja ble så introdusert for meg, og de fikk noe muntlig informasjon om studien. Frivillighet og anledning til å trekke seg fra undersøkelsen ble her understreket, samt mulighet til å stille spørsmål.

Kriteriet for å inkludere deltakerne var at de har fylt 16 år, og at de ønsket å være med på undersøkelsen. I samråd med veileder besluttet jeg å intervju et antall på 4-6 ungdommer. Det var i utgangspunktet ønskelig med jevn kjønnsfordeling, men dette var ikke noe absolutt krav da det heller ikke er en jevn kjønnsfordeling av ungdom som møter opp på HFU.

Jeg gjennomførte semistrukturerte intervjuer, se vedlagte intervjuguide. Målsettingen med intervjuene var å få et så bredt bilde av ungdommenes holdninger og oppfatninger som mulig. Jeg beregnet at intervjuene skulle vare i ca. 30 minutter.

Intervjuene ble gjennomført på et eget kontor på helsestasjonen. Deltakerne skrev under på et skriftlig samtykkeskjema (se vedlegg). Jeg hadde beregnet at intervjuene ikke skulle vare mer enn 30 minutter totalt, og intervjuene varte alle i noe underkant av dette. Det fordi noe av tiden gikk med til informasjon om studien i forkant og noe samtale i etterkant for å høre

om dette var en ok opplevelse for deltakerne og rom for spørsmål. En halvtime viste seg å være god nok tid til alt dette. Jeg kom gjennom alle spørsmål med alle deltakerne.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. De ble så transkribert av meg til tekst. Det ble gjort ved først å lytte til båndet mens jeg skrev, deretter lyttet jeg gjennom intervjuene mens jeg leste gjennom transkripsjonene for å forsikre meg om at jeg fikk med alt. Deretter ble opptakene slettet.

Analyse av data blir gjort etter prinsipp om systematisk tekstkondensering (Malterud K, 2005). Man leser først gjennom alle data sammenhengende uten å systematisere. Deretter lager man midlertidige tema med utgangspunkt i teksten. Neste ledd i prosessen er å gå gjennom teksten, linje for linje, og hente ut meningsbærende enheter. Disse blir så sortert etter tema. Man går så gjennom hvert tema og deler videre inn i subgrupper. Når dette er gjort kan man ekstrahere kunnskap ut fra hver subgruppe. Denne kunnskapen blir så rekontekstualisert ved å gå tilbake til rådata for å sikre at funnet stemmer med utgangspunktet.

Dette er en anonymisert studie i det at kun kjønn, alder og sted er kjent. Private detaljer som ikke er relevante for studien er ikke inkludert.

Studiet er sendt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og godkjent (se vedlegg).

Etiske hensyn

Ungdom som møter på helsestasjon kommer primært for helsehjelp, ikke for å være med på forskning. Dette måtte respekteres i måten jeg gikk frem i rekrutteringen. Det ble gjort ved at helsesøster delte ut et informasjonsskriv ved ankomst til kontoret. De var så inne til konsultasjon hos helsesøster, eventuelt lege. Dette ga tid til å bestemme seg for om man ønsket å være med. De hadde også muligheten til å tenke på det og eventuelt avtale intervju på et senere tidspunkt. Dette ga mulighet til å si nei uten å måtte gjøre dette direkte.

Anonymitet blant deltakerne ble sikret ved at jeg kun samlet inn informasjon om kjønn og alder, lydbånd slettes etter endt prosjekt og ingen andre har tilgang til transkripsjonene enn meg og veileder.

Frivillighet og muligheten til å stille spørsmål og eventuelt trekke seg underveis ble poengtert før intervjuet startet. Dette ble gjort skriftlig og muntlig. Det ble også innhentet skriftlig samtykke.

RESULTATER

Det ble gjort totalt 5 intervjuer, av dem 2 gutter og 3 jenter i alderen 17-19 år. Dette resulterte i totalt 29 sider tekst med enkel linjeavstand og 11307 ord.

	Kjønn	Alder	Intervju
Deltaker nr 1	Gutt	19 år	25 minutter
Deltaker nr 2	Jente	17 år	20 minutter
Deltaker nr 3	Gutt	17 år	27 minutter
Deltaker nr 4	Jente	18 år	26 minutter
Deltaker nr 5	Jente	17 år	19 minutter

I det følgende vil jeg legge frem undertema med sorterte meningsenheter og kondensering. Her er nær alle enheter presentert og viser at det var en stor grad av sammenfall av enheter mellom de ulike deltakerne. Jeg har kun utelatt de enheter som falt utenfor problemstillingen og de som ga lite tilleggsinformasjon og gjentok det som allerede var presentert.

Helse er helhet

- Det er jo at jeg har et godt kosthold, er i fysisk aktivitet og har gode venner rundt meg som presser meg oppover. Og familie som er bak meg.
- Det er alt som har med kroppen å gjøre. Fysisk og psykisk.
- God hygiene. Være sosial.
- Det å føle at man har venner man kan stole på, at man har en familie hvor ting er stabilt. Ikke være redd for at noe alvorlig skal skje hele tiden.
- Hvis man ser dagen som noe positivt.
- Være i god form, ikke syk selvfølgelig, at du har bra kondisjon, at du føler at du mestrer hverdagen uten at man må slite seg ut.
- Å ha et liv som du liker.

"Helse for meg er å leve sunt, ha gode venner og en følelse av at jeg mestrer hverdagen"

Helse er funksjonalitet

- Det er at man fungerer da, rett og slett, i hodet.
- Kroppens tilstand. Om alt går som det skal, i kroppen.
- At det ikke feiler deg noe.

- Jeg ville ikke kalt det et problem før funksjonaliteten din hemmes.
- At man ikke trenger å gå og bekymre seg. At man ikke har noen store problemer som man går og tenker på. At det ikke affekterer hverdagen din på en negativ måte.

"Jeg har god helse så lenge alt fungerer som det skal"

Helseproblem er nedsatt funksjonalitet

- Det blir på når noe ikke stemmer. Ikke er som det skal.
- Kommer du med et brukket ben på skolen så er det jo ikke noe å skamme seg over. Det er jo bare at det hemmer funksjonaliteten din.
- Det måtte jo være at allmennheten din måtte bli svekket. Det er ting du ikke kan gjøre på grunn av helsen din.
- Ja, hvis jeg ikke kan dra på skolen, hvis jeg måtte bli hjemme på grunn av det, så ville jeg sjekket det.
- Du har jo hemmet funksjonalitet hvis du har psykiske problemer. Men da klarer ikke andre å forholde seg like greit til deg.
- Hvis du har sånne problemer så fungerer du liksom ikke som person. For noen så er det din egen skyld. Hvis det er noe fysisk så er det ytre omstendigheter som har gjort det sånn. Men hvis det er psykisk så er det som du ikke er bra nok.

"Man har et helseproblem hvis man ikke fungerer i hverdagen, fysisk eller psykisk"

Helseproblem er mangel på mestring

- At man blir fort sliten av ting, eller at man blir veldig bekymra for ting hele tiden.
- Hvis man er nervøs for ting så trekker man seg tilbake og tør ikke å stå ordentlig fram.
- Det blir jo hvis du gruer deg, for eksempel til å gå på skolen, eller at du ikke har noen du kan snakke med, og hvis du synes det er vanskelig å snakke med noen.
- Det går jo utover helsa di hvis ikke du har venner.
- Hvis man ikke har venner så blir man veldig ensom. Man ikke har noen man kan gå til med problemene sine.
- Da ender det kanskje opp med at du ikke bryr deg i det hele tatt. Enten slutter å spise. Eller begynner å spise mye mer. Eller slutter å trene. Slutter å vaske seg.

"Dårlig helse for meg er å føle seg ensom, eller å være veldig bekymret eller nervøs for ting"

Usikkerhet er et helseproblem:

- Tør ikke å snakke med noen. Da har man sosiale vansker.

- Det er det å ikke tørre å snakke, å gå rundt med en angst som sliter veldig på personen . Så blir det vanskeligere å gå på skolen og snakke med mennesker, og man blir veldig usikker på seg selv.
- Den ødelegger deg psykisk, man føler at du ikke er som alle andre. Man ser at alle andre snakker med venner og er ute mens du ikke tør å gå så inn på andre da. Det er sånn jeg føler det.
- Det er jo noen som ikke tør å si noe.

"Et helseproblem er når man ikke tør å snakke med noen, når man er veldig usikker eller sjenert"

Det er vanskelig å åpne seg

- Man veit jo også at man må snakke med noen hvis det er noe spesielt, men man vet ikke helt åssen man skal forklare det.
- Vanskeligere å forklare ting.
- Det blir jo flaut, åssen man skal forklare ting. Ikke så ålreit å sitte og fortelle det du føler.
- Det er jo småflaut da, å fortelle litt forskjellig, så blir det vanskelig å klare å fortelle det videre, man er nervøs, og da kommer det ikke ut som man ville.
- Så er det vanskeligere å sitte og fortelle at man er redd for å snakke med andre mennesker.
- Noen er mer sjenert enn andre, noen ting er vanskeligere å snakke om enn andre.
- Kanskje fordi man ikke får det til. Klarer bare ikke å si det ut til noen andre.
- Det er veldig vanskelig hvis man ikke tør å snakke med noen å prøve å gå inn i det.
- Man er sikkert redd for hva som skal skje etter man har sagt det. At det egentlig er bedre å holde deg inni seg.
- Det kan være vanskelig for noen da. Som ikke tør å snakke om problemene sine til andre, som holder det til seg selv. Da er det vanskelig for dem.
- Det går jo veldig mye på følelser, det du har inni deg. Som gjør at du kanskje ikke er så komfortabel med å snakke om det.
- Ting som er vanskelige, som er litt vrirne å snakke om, som ikke så mange andre vet om.
- Ting som går på privatlivet, som du tar deg nær av, som det ikke er så veldig lett å prate om.

"Det er vanskelig å snakke om sine egne problemer. Jeg klarer ikke helt å få det ut"

Privatliv

- Ikke snakke for mye om personlige ting.

- Ja, det blir litt for personlig da.
- Man liker å ha litt privatliv. Man liker å holde ting litt for seg selv.
- Det er jo flaut. Man har ikke så lyst til å dele det med helt fremmede personer.
- De har vel en sperre for hvor langt de vil gå med å snakke med andre mennesker om private ting.
- Du blottet det jo for verden, det er ikke alltid like lett.
- Fordi det blir vondt, vet du. Og så tar du det for personlig.
- Det handler om det som er indre, og da blir det litt vanskeligere å si det ut.

"Det er vanskelig å snakke om ting som er personlig, det gjør meg sårbar"

Psykkiske vansker er å være annerledes

- Man vil ikke føle at det er noe feil med seg sjøl. Man føler seg vel egentlig veldig annerledes fra andre.
- Man føler seg veldig annerledes tror jeg. Man føler at man bare har seg sjøl.
- I ung alder så er det veldig viktig å passe inn merker jeg,
- Det er jo det å skille seg ut.
- Det også ikke passe inn med hvordan andre ungdom er da, i væremåte og sånn.

"Hvis jeg sliter psykisk vil jeg bli sett på som annerledes"

Frykt for å stå alene

- Da er det jo deg selv mot alle andre liksom, da står man jo helt alene.
- Det inntrykket folk får av deg sitter. Det blir veldig vanskelig å bryte ut av det for da står du helt alene. Det er ingen som støtter deg i det.
- Det å skille seg ut det er noe ganske mange frykter.
- Man blir jo veldig redd for å bli ledd av, for det kan jo ofte skje også.
- Folk frykter - eller ikke frykter. Men det blir heller baksnakking om den personen. Man klarer ikke å koble seg til den personen, da kobler man seg heller sammen mot den personen.
- Å vise det åpenbart er det veldig lett å bli mobbeoffer, og da har man ikke veldig lyst til å fortelle det til andre.

"Jeg er redd for å stå utenfor, alene med meg selv"

Skam

- Jeg hadde vært litt skamfull for det (referer til å ha psykiske vansker)

- Det hadde ikke vært noe jeg hadde vært stolt over, og så gå til en helt fremmed person og snakke helt åpent om det når du prøver å holde det inne ovenfor alle andre.
- Fordi du skammer deg over det.
- Kommer du med et brukket ben på skolen så er det jo ikke noe å skamme seg over. Det er jo bare at det hemmer funksjonaliteten din.

"Jeg hadde skammet meg over å skulle fortelle noen at jeg hadde det vanskelig"

Egen skyld

- Man tenker kanskje at man er svak, eller at det er et slags tap. Hvis man går fram med det så har man tapt, da er det jo ordentlig også, da er det jo sant.
- Jeg tror det er lett å se litt ned på de som sliter. Å tenke at de går rundt og synes synd på seg selv, selv om det ikke nødvendigvis er sånn.
- Jeg hadde ikke syntes like synd på den personen. Late jævel, nærmest.
- Hvis du har sånne problemer så fungerer du liksom ikke som person. For noen så er det din egen skyld. Hvis det er noe fysisk så er det ytre omstendigheter som har gjort det sånn. Men hvis det er psykisk så er det som du ikke er bra nok.

"Hvis man har psykiske vansker oppfattes det som din egen skyld"

Psykiske vansker som ubehag for andre

- Da hadde jeg hatt litt problemer med å forholde meg til den personen.
- Jeg hadde måttet tilpasse meg hvilke temaer jeg tar opp, jeg må være grei, da klarer jeg ikke å slappe helt av.
- Det blir ikke så lett å forholde seg til den personen og da blir det lettere å snakke med andre om personen enn å snakke til personen.
- Det er lettere å få kontakt med deg hvis du har fysiske plager enn hvis du har psykiske plager.
- Det er ikke like lett å forholde seg til noen med psykiske skader.
- Du har jo hemmet funksjonalitet hvis du har psykiske problemer. Men da klarer ikke andre å forholde seg like greit til deg.

"jeg synes det er vanskelig å forholde meg til folk som sliter. Jeg klarer ikke å slappe av"

Tillit

- Å stole på personen er viktig for alle ungdommer, og alle voksne, og hvem som helst tror jeg, egentlig.
- Å stole på, det er den viktigste tingen.
- Bygge tillit da.
- Det må jo komme en person, som hjelper den personen som selv har vansker, med å bygge opp tilliten hos ham. Da kanskje det blir bedre. Tror jeg.
- Prøve å stole på helsevesenet da.
- Jeg vet ikke helt, han er jo en helt fremmed.

”Det er viktig for meg å stole på noen hvis jeg skal snakke om problemene mine”

Forventning til fagpersoner:

- Jeg tenkte de ville hjelpe meg hvis jeg kommer hit..
- Leger, de er jo fagfolk, de jobber, de får penger for det
- Du får mer konkrete svar, da. Vil jeg tro.
- Sette deg på rett spor. De er jo utdannet til å tolke sånne situasjoner. De burde jo ha noe å komme med.
- De vet hva de snakker om.
- Han vet jo hva han snakker om. Det gjør kanskje ikke vennene dine.
- Ja, de er jo fagfolk, de skal være bra.

”Helsepersonell er profesjonelle. De vet hva de gjør”

Man åpner seg for de man stoler på:

- Du føler jo at du kjenner legen, ganske godt, så du klarer å snakke mer ut enn hvis du skulle snakke med en lege som du ikke kjenner i det hele tatt.
- De kan stole på dem, men de vil ikke si personlige ting til andre folk som de ikke kjenner. Derfor går de til bestekompisen eller bestevennen.
- Men hvis de ikke har noen å stole på, så holder de det inne i seg selv. Eller de snakker om det med foreldrene sine. Hvis de kan stole på foreldrene sine.
- Ja, i stedet for å gå til legen da, så sier de til vennene sine, fordi de stoler på dem.
- Mange må få et litt mer tryggere forhold til legen sin. Det er ikke alle som vet hva man kan snakke med legen og helsesøster om.
- Det kommer an på folk. Noen folk er ikke bra å snakke med, noen er bra å snakke med.

”Jeg må stole på en person før jeg deler mine egne problemer”

Andre vil ta tak til slutt:

- Man blir vel såpass knekt ned, da begynner andre rundt deg å se det og gjør sånn at du får hjelp. Familien, venner og lærere.
- Kanskje snakke med vennene sine, som hjelper dem til å få hjelp. Si fra til foreldre.
- Så er det vel kanskje noen som kommer til å legge merke til det. Og da er det jo noen som gjør noe med det.

”Hvis jeg ikke klarer å skaffe hjelp vil hjelpe meg til slutt”

Oppsummering:

Helse har et fysisk, psykisk og sosialt aspekt og disse henger sammen. Helse er å mestre hverdagen. Helse måles i funksjonalitet – et helseproblem er når det går utover funksjonaliteten din. Nedsatt helse er nedsatt funksjonsnivå – fysisk og psykisk.

Av helseproblemer nevnes overveiende psykiske vansker – særlig angst og usikkerhet.

Det er svært vanskelig å snakke om psykiske vansker. Det er preget av en stor grad av usikkerhet. Både rundt å åpne seg, formulere seg og konsekvenser dette kan gi. Man har en klar avgrensning mot en personlig sfære og innenfor den ligger hvordan du har det. Det er viktig å verne om denne sfæren. Psykisk helse sees på som svært personlig, og man blottlegger seg når man snakker om problemene sine.

Man oppfattes som annerledes hvis man har psykiske helseplager. Man frykter reaksjoner fra omgivelsene. Å ha psykiske vansker er å skille seg ut, å skille seg ut er å stå alene. Man faller utenfor fordi man ikke er ”som alle andre”. Psykiske vansker er forbundet med skam. Man er en som sliter, som ikke fungerer. Man blir oppfattet som svak og selvmedlidende.

Det er vanskelig for omgivelsene å forholde seg avslappet til en som har psykiske vansker. Det gjør at man unngår kontakt, og personer som har et psykisk helseproblem faller utenfor.

Tillit oppfattes som en viktig faktor for å søke helsehjelp. Tillit skaper trygghet. Man har tillit til fagpersoner, men man må likevel bli kjent før man kan snakke om problemer. Man har tillit til at omverden tar ansvar dersom problemet blir synlig nok.

DISKUSJON

Diskusjon av oppgaven

Ungdommen har et fokus på psykisk helse. Det er her viktig å skille mellom psykisk sykdom og psykiske vansker. I denne undersøkelsen ble det snakket om psykiske vansker – usikkerhet, angst, dårlig selvtillit, sosial isolasjon, manglende trivsel. Dette var gjennomgående både når de snakket om helse og helseplager. Kroppslige symptomer syntes ikke å være i fokus. Dette kan tyde på at det somatiske helsenivå hos denne gruppen er så godt at man i første omgang ikke tar dette med i betraktningen. Psykiske vansker som usikkerhet, angst og depresjon blir da relativt sett mer fremtredende. Ungdommenes oppfatning var også at det var svært få ungdom med psykiske vansker som oppsøker helsevesenet. Det samsvarer med litteratur på området (Aarø L.E et al, 2001).

Helse vurderes etter funksjonalitet. Ungdommen definerer her behov for helsehjelp i forhold til nedsatt funksjonsnivå. Det er beskrevet i litteraturen at foreldre gjør lignende vurderinger av sykdom hos egne barn. Man ser altså ikke på sykdom i forhold til spesifikke symptomer som helsepersonell har en tendens til å gjøre (Cauce A.M, Srebnik D, 2003). Både når det gjaldt fysiske og psykiske symptomer var funksjonalitet og følelse av mestring de viktige indikatorer på helse, og på et potensielt helseproblem.

Tillit og kjennskap ble beskrevet som de viktigste faktorer for å søke hjelp. Ungdommene beskriver ulike barrierer mot å søke hjelp. Strukturelle barrierer ble lite nevnt. Det ble derimot lagt vekt på vanskeligheter med å åpne seg for å snakke om psykiske vansker. Dette sees på som noe svært personlig og det var vanskeligheter knyttet til å åpne seg rundt slike tema. En av de ikke strukturelle barrierene mot å søke hjelp handlet om mangel på selvtillit. Det kommer klart frem i denne undersøkelsen. Andre barrierer som ble beskrevet var forventede negative reaksjoner fra andre og selvbevissthet – å innrømme mislykkethet ved å oppsøke hjelp. Dette samsvarer med litteratur på området (Cauce A.M, Srebnik, D, 2003).

Psykiske vansker er preget av stigmatisering. Og det kommer tydelig frem. Å stå frem med sine psykiske vansker er problematisk. Man vil kunne oppfattes som svak og selvmedlidende, og det er heftet med skam. Man risikerer å falle utenfor og bli baksnakket av andre. Den psykososiale og identitetssøkende prosess som skjer i ungdomstiden kommer her frem. Dette kan representere ungdoms søken etter identitet og prosess mot et mer abstrakt tankesett. Man begynner å verne om "sitt indre", en personlig sfære, nettopp denne svære av "jeg" som utvikles fra barneårene og modnes i løpet av ungdomstiden (Kelly K.B, 1998).

Psykisk helse er forbundet med en stor grad av usikkerhet. At deltakerne til sammen ytret "jeg vet ikke" 78 ganger under intervjuene vitner om dette. Det var vanskelig å formulere seg

omkring psykisk helse. Usikkerheten var forbundet med å tenke på, snakke om og fremgangsmåte for å løse psykiske helseproblemer.

Refleksjoner rundt oppgaven

Det var på forhånd ikke gitt at ungdom ville legge så stor vekt på psykiske helse og helseplager. De ble stilt svært åpne spørsmål og det var på forhånd ikke gitt hvilke hovedtema de ville velge å bruke tiden på. De valgte alle å snakke om psykiske vansker da de ble bedt om å beskrive helse.

Tillit og trygghet ble av alle pekt ut som avgjørende for å åpne seg for andre, da det er forbundet med vanskeligheter å snakke om psykiske vansker. Min oppfatning etter å ha intervjuet disse ungdommene er at det vil være viktig for helsepersonell å bygge ned denne barrieren mot å snakke om sine vansker. Det er ikke et tegn på svakhet, men styrke, når man våger å dele av sin egen usikkerhet. Når man våger å åpne for det som er vanskelig åpner man også for endring.

Ungdommene beskrev usikkerhet, sosial angst, følelsen av ikke å strekke til. Min oppfatning er at det de formidlet handler om selvfølelse og selvtillit. Psykisk helse er ikke bare fravær av vansker. Det har også et positivt aspekt der man ved å tørre å dele av seg selv kan være med på å gjøre en sterkere, mer reflektert og mer avslappet. Dette handler om å vippe over til den positive del av skalaen for psykisk helse som kan gi personlig vekst og økt trivsel (Skårderud F, et al, 2010).

Kritikk av oppgaven

Dette er en oppgave med begrenset omfang og størrelse. Resultatene i denne undersøkelsen har sine klare begrensninger når det gjelder overførbarhet. Deltakerne er ikke valgt ut som et representativt utvalg, men ut fra at de var ungdom som ønsket å være med og fortelle om sine erfaringer og tanker. Et kvalitativt materiales gyldighet og overførbarhet vil avhenge av i hvilken grad både ungdom, klinikere og andre som kommer i kontakt med ungdommene gjenkjenner og bekrefter ungdommenes erfaringer (Kvale S, 1996). På denne måten kan resultatene fra undersøkelsen være overførbare til noen, men ikke nødvendigvis generaliserbare til all ungdom generelt.

Opgaven fikk raskt et fokus på psykisk helse og helseplager. Dette var ikke gitt på forhånd men tydelig frem under datainnsamlingen. Dette kunne man tatt konsekvensene av og peilet seg mer spesifikt inn på psykisk helse og aspekter rundt dette i problemstillingen. Dette kunne vært gjort ved å gjøre et eller flere pilotintervjuer (Kvale S, 1996).

Metodekritikk

Min bakgrunn og posisjon

Jeg har liten erfaring innen ungdomshelse og liten kjennskap til helsestasjon for ungdom. Dette kan være en fordel da jeg stiller meg åpen til både ansatte så vel som deltakere. Det kan også ha gjort at jeg overså underliggende elementer i dette møtet i mangel på erfaring. Jeg hadde innstilt meg på å følge ungdommens tanker fra symptom til helsehjelp, et fokus på forskjellene mellom fastlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Jeg hadde også forventet fokus på kosthold og kroppsidealer. Dette ble ikke fokus for denne oppgaven da ungdommen selv peilet seg inn på helt andre tema under intervjuene.

En intervjusituasjon vil aldri være jevnbyrdig uansett hvor objektiv og lite førende intervjueren forsøker å være. Det vil alltid være et ujevnt maktforhold mellom intervjuer og deltaker (Malterud K, 2003). At jeg er eldre, medisinstudent og at jeg tar opp intervjuene på lydbånd som jeg senere skal bearbeide og lage et produkt av vil være med å underbygge denne forskjellen. Min alder er på et nivå med helsesøstre og leger. Dette blir altså ikke en samtale med jevnaldrende, mitt inntrykk var at jeg også ble oppfattet som "helsepersonell" blant ungdommene jeg snakket med. Jeg er kvinne, som vil kunne ha en betydning særlig for de mannlige deltakerne. Det kan være større vansker forbundet med å snakke om sensitive tema som helse og helseplager blant de mannlige deltakerne.

Utvalg og datainnsamling

Dataene ble samlet i individuelle intervju. Som student hadde jeg lite erfaring på dette feltet. I gjennomlytningen ble jeg selv oppmerksom på steder der jeg for eksempel avbrøt en deltaker for tidlig eller overså elementer i samtalen. Jeg forsøkte dog å være lyttende og nøytralt tilstede under intervjuet og la ungdommen bruke tid til å reflektere rundt de relativt åpne spørsmålene jeg hadde i min intervjuguide. Såpass åpne spørsmål var nok en utfordring for deltakerne. De hadde få konkrete holdepunkter og ble lett usikre og hadde behov for en del tankepauser under intervjuet. Spørsmålene var lagt opp på en åpen og ikke retningsgivende måte, og med utgangspunkt i svarene som fulgte bygget jeg videre på de tema ungdommene selv tok opp. Denne fremgangsmåten sannsynliggjør at det faktisk er ungdommenes egne vurderinger som kom frem. I løpet av intervjuet oppsummerte jeg hovedpunkter i det ungdommen hadde sagt, for å sjekke om det var riktig oppfattet.

Analyse av data og konklusjoner

Å finne meningsbærende enheter vil preges av den som analyserer data. Jeg plukket frem de enheter som ga mening med utgangspunkt i problemstillingen. En annen ville kanskje plukket ut andre enheter enn jeg, avhengig av for forståelse og tolkning av teksten. Et intervju er i utgangspunktet kommunikasjon mellom to mennesker, og kommunikasjon er både verbal og

ikke verbal. Måten man ordlegger seg på, pauser, det man sier mellom linjene – dette er alle ting som vil tolkes og preges av mottaker.

Jeg gjorde selv all datainnsamling og analyse. Det betyr at det jeg kan ha vært blind for under intervjuene kan jeg også ha vært blind for i prosessen med å lese mening ut av teksten.

Alt i alt mener jeg at besvarelsen kan være et bidrag til å forstå ungdoms perspektiv på egen helse og bruke av helsetjenester.

REFERANSER

- Bouron W, Boulpaep EL. Medical physiology. Pennsylvania: Elsevier Saunders, 2005.
- Cauce A.M, Srebnik D. Before treatment: Adolescent Mental Health Help-Seeking. The prevention Researcher 2003: Volume 10 Number 4.
- Dyregrov A, Heltne U, Raundalen M. Ungdommers erfaringer med hjelpeapparatet. Rapport for Barne- og likestillingsdepartementet. Senter for krisepsykologi , Bergen 2006.
- Dnlf. Mot i brystet..... Stå i ben og armer? Statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom. Den norske legeforening, Oslo, 2003.
- Engfeldt L. Helsestasjon for ungdom. En landsomfattende kartlegging av omfang og innhold. Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg, 2002.
- Frich J.C. Kvalitative studier. Tidsskrift for den norske legeforening 2007: 127; 2649
- Heggen K, Øia T. Ungdom i endring. Mestring og marginalisering. Oslo; Abstrakt Forlag AS, 2005.
- Haavet OR. Ungdomsmedisin. Oslo; Universitetsforlaget, 2005.
- Haavet OR, Grunfeldt B. Er barns livserfaringer av betydning for somatisk sykdomsutvikling? Tidsskrift for den Norske legeforening 1997: 25; 3644-3647.
- Haavet OL, Straand J, Hjortdal P, Saugstad OD. Do negative life experiences predict the health-care seeking of adolescents? A study of 10.year students in Oslo, Norway. Journal of Adolescent Health 2005: 37; 128-134.
- Hagelskjær S. Ungdoms tilfredshet med helsestasjon for ungdom. En survey. Hovedoppgave ved institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo, Oslo, 2004.
- Hegna K. Homo? Betydningen av seksuell erfaring, tiltrekning og identitet for selvmordsforsøk og rusmiddelbruk blant ungdom. En sosiologisk studie. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Oslo, 2007.
- Jentoft, G. Tillitsfulle stemmer. Unges møte med helsestasjonen. Master of public health. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Göteborg, 2005.
- Kelly K.B. Ungdomsmedisin. Stockholm; Liber AB, 1998.
- Kierkegaard S. Synspunkter for min Forfatter-Virksomhed. En ligefrem Meddelelse, Rapport til Historien. Posthumt utgitt 1859.

Kjelvik, J. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene. Statistisksentralbyrå, Oslo, 2007.

Kjelvik J, Thonstad M. Unge er stort sett fornøyd med helsen. Statistisk sentralbyrå, Oslo, 2008.

Kvale S. Interviews. Thousand Oaks ; Sage publication, 1996.

Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskrift for den norske legeforening; 2002: 122; 2468-72.

Malterud K. Kvalitativ metode i medisinsk forskning. En innføring. Oslo; Tano Aschehoug, 2003.

Mæland JG, Fugelli P, Høyer G. Sosialmedisin. Oslo; Gyldendal Forlag, 2004.

Samargia LA, Saewyc EM, Elliott, BA. Foregone Mental Health Care and Self-Reported Access Barriers Among Adolescents. The journal of School Nursing; 2006: 22; 1- 17.

Saunders, S.M., Resnick, M.D., Hoberman, H.M & Blum, R.W. Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: 1994: 33; 718-728.

SHdir: Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Veileder til forskrift av 2003-04-03 nr. 450, IS-1154, Sosial og helsedirektoratet.

Skårderud F, Stanicke E, Haugsgjerd S, Maizels D, Engell S. Psykiatriboken: Sinn, kropp, samfunn. Oslo; Gyldendal Akademisk, 2010.

St.prp. nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008.

WHO. Programming for Adolescent health and Development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF studyGroup on Programming for Adolescent Health 1995. Geneva.

Aarø LE, Haugland S, Hetland J, Torsheim T, Samdal O, Wold, B. Psykiske og somatiske plager blant ungdom. Tidsskrift for den norske legeforening 2005: 121; 2923-2927.

INTERVJUGUIDE

Du har kommet hit i dag for en konsultasjon. Hva tenker du rundt å komme hit?

(Hva gjør det lett? Hva gjør det vanskelig?)

Hva er helse for deg?

(Kan du beskrive hva helse er? Hva er god helse? Hva er dårlig helse? Hva er et helseproblem (fysisk, psykisk, sosialt) Hva er det verste med å ha et helseproblem for en ungdom?)

Hvis en ungdom på din alder har et fysisk problem. Hvordan går han/hun frem for å løse det?

Hvis en ungdom på din alder har et psykisk problem. Hvordan går hun/han frem for å løse det?

Hvis en ungdom på din alder har et sosialt problem. Hvordan går hun/han frem for å løse det?

(Hvor går man først? Hvilke alternativer finnes? I hvilken rekkefølge tenker du han/hun vil gå frem? Er noen problemer vanskeligere å søke hjelp for enn andre?)

Hva er det vanskelig for ungdom å bruke helsevesenet til?

(Hvorfor er noen ting vanskeligere å søke hjelp for enn andre? Hva kunne gjort det lettere?)



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Hei! Jeg heter Mina Dahli og er medisinstudent ved det Medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. I forbindelse med min prosjektoppgave ønsker jeg å lære om ungdom og helse. Jeg lurar spesielt på hvordan det er for ungdom å søke hjelp i helsevesenet.

Min veileder er Ole Rikard Haavet, Førsteamanuensis ved det Medisinske fakultet UIO.

Du velger selv

Dette er helt frivillig og du bestemmer helt selv om du har lyst til å være med. Du trenger heller ikke svare ja nå, du kan tenke på det og heller ta kontakt med meg senere for intervju en annen dag. Du kan også når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Det er når som helst lov for deg å stille spørsmål.

Hensikten med prosjektet

Jeg ønsker å forstå bedre hvordan det er for ungdom å søke hjelp i helsevesenet. Hvordan forholder ungdom seg til det å søke hjelp? Er det vanskelig? Er det lett? Hvilke områder stemmer det for?

Jeg mener dette er et viktig tema fordi ungdom legger an vaner for resten av livet når det kommer til helse i ungdomstiden. Jeg vil at ungdom skal ha et godt forhold til helsevesenet og føle seg trygge når de søker hjelp. I den forbindelse er det viktig å forstå bedre hvordan det oppleves fra ungdom selv.

Gjennomføring av undersøkelsen.

Dersom du samtykker til å delta vil jeg vil jeg intervjuer deg i et eget rom her på helsestasjonen. Intervjuet vil vare i ca 30 minutter. Jeg vil spørre deg noen generelle spørsmål og så høre på dine tanker rundt temaene jeg tar opp. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut av meg. Lydbåndet vil bli slettet etter det er skrevet. Alle data er anonymisert, det vil si at det ikke er mulig å gjenkjenne hvem du er i etterkant. Alt personlig informasjon jeg behøver fra deg er alderen din.



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Deltagelse

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen ber jeg deg om å skrive under på den vedlagte samtykke-erklæringen.

Med vennlig hilsen

Mina Dahli,

Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

minadahli@gmail.com

95 79 77 08

Prosjektlutt 10 desember.

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker i å være med i undersøkelsen.

Jeg har lest informasjonsskrivet og er informert om at opplysningene som gis i intervjuet vil bli behandlet anonymt. Jeg er også innforstått med at jeg er frivillig med i undersøkelsen og kan trekke meg når som helst uten å oppgi grunn.

.....

Sted

.....

Dato

.....

Underskrift

Helsestasjon for Ungdom
Moss Kommune
Postboks 385
1502 MOSS

Institutt for helse og samfunn
Seksjon for allmennmedisin
Postboks 1130 Blindern
N-0318 OSLO

Besøksadresse: Kirkeveien 166

Dato: 11/10-10

Telefon: +47 22 85 06 53
Telefaks: +47 22 85 05 90

Søknad om tillatelse til å utføre en empirisk studie i forbindelse med prosjektoppgave på medisinstudiet Universitetet i Oslo.

I forbindelse med min prosjektoppgave ved medisinstudiet i Oslo, søker jeg om tillatelse til å foreta en empirisk studie ved Helsestasjon for Ungdom i Moss kommune.

Studiens arbeidstittel er: **"Ungdoms tanker om helsehjelp"**

Hensikten med studien er å oppnå forståelse om hvordan ungdom tenker rundt det å søke hjelp i helsevesenet.

På bakgrunn av dette søker jeg om tillatelse til å intervju 4-6 ungdom som har fylt 16 år og som møter til konsultasjon på helsestasjonen.

Datainnsamlingen vil skje ved hjelp av et delvis strukturert intervju som vil være av ca en halv times varighet. Intervjuene vil tas opp på lydbånd før jeg transkriberer disse over i skriftform.

Studien er basert på frivillighet og deltakerne må skriftlig samtykke at de vil delta (vedlegg). Deltakerne har rett til å trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt. Det gis ingen kompensasjon for deltakelsen. Alle data vil bli behandlet konfidensielt, dette innebærer at data er anonymisert i oppgaven og lydbåndene holdes innelåst under arbeidet.

Prosjektet er meldt til Personvernet for forskning; Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Min veileder er 1.amanuensis Ole Rikard Haavet.

